

Rehabiliterings/Habiliteringsplan baserad på ICF, användning

Detta dokument är upprättat i samverkan mellan företrädare för Region Östergötland och Östergötlands kommuner.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skall landstinget och kommunerna erbjuda habilitering och rehabilitering i samverkan med den enskilde, upprätta rehabiliterings/habiliteringsplan för detta, samt tillse att samordning sker mellan landsting, kommun och socialtjänst ([HSL 2017:30](#); [SOSFS 2008:20](#)). Utifrån gällande regelverk har en rehabiliterings/habiliteringsplan utformats som skall kunna användas som stöd vid målformulering och planering vid all typ av rehabilitering och habilitering.

Rehabiliterings/habiliteringsplanen är tänkt att användas generellt, oavsett diagnos, profession, vårdform eller huvudman. Den kan användas då en eller flera vårdgivare är involverade men också när insatser inom rehabilitering och habilitering samordnas med andra vårdgivare och aktörer inom exempelvis slutenvård, primärvård, kommunala boenden, hemtjänst och myndigheter. Rehabiliterings/habiliteringsplanen är baserad på WHO:s ”Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa” ([ICF 2001](#)).

Samordning

Verksamheterna ska, när de bedömer behovet av samordning, ta särskild hänsyn till, om den enskilde har ett långvarigt behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ([SOSFS 2008:20](#)). När den enskilde har behov av samordning t ex mellan sjukvårdens och kommunens aktörer, skall de verksamheter som svarar för insatser erbjuda detta. Samordning får endast göras, om den enskilde har lämnat samtycke. Planeringen skall genomföras tillsammans med patienten. Personal som skall vara ansvarig vid samordning skall utses, denna personal ansvarar för att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas, där rehabiliterings/habiliteringsplanen ligger till grund för den individuella planen.

Anvisning:

- Utformas vid start av rehabiliterings/habiliteringsperiod där en eller flera vårdgivare är involverade.
- Utformas i samverkan med patient, samt vid behov även med närstående. Patient skall ha tillgång till aktuell rehabiliterings/habiliteringsplan.
- Revideras fortlöpande under rehabiliterings/habiliteringsperioden och inför eventuell fortsatt rehabilitering/habilitering hos annan vårdgivare/aktör.
- Följer patienten oavsett vårdform eller huvudman. Vårdgivaren är tillsammans med patienten, ansvarig för att planen följs.
- Dokumentation sker i respektive journalsystem enligt gängse rutiner och lagstiftning.
- Rehabiliterings/habiliteringsplanen finns som ett Word dokument, det går att skriva direkt i blanketten och att spara i datorn. Denna version är lämplig som patientens exemplar.

Rubriker	Innehåll
Problem	Definiera problem/hälsoupplevelse/rehabiliterings-habiliteringsbehov. Definiera resurser.
Mål	Ange specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidssatta mål (SMARTa mål)
Åtgärd	Definiera åtgärder som planeras för att nå målet/målen.
Tidsplan	Ange tidpunkt när mål skall utvärderas.
Ansvarig	Namnge person med ansvar för åtgärder och utvärdering.
Måluppfyllelse	Utvärdera på strukturerat sätt om mål har uppfyllts, t ex ja/nej/delvis.

Rehabiliterings/habiliteringsplanen revideras vid behov under processen och följer patienten mellan aktörer.

1. Processen påbörjad	2.	3. Vid överföring	4.
Plan utformas Revideras vid behov under perioden	Revideras inför fortsättning på annan enhet	Plan utformas för fortsatt period, i samråd med patient och ev annan rehabiliteringsaktör	Fortsatt rehabilitering/habilitering på egen hand eller hos annan aktör

ICF

Kroppsfunktioner	Aktivitet/delaktighet	Omgivningfaktorer	Personliga faktorer
Psykiska Sinnen, smärta Röst- och tal Hjärt-kärl, andning Matsmältning/ämnesomsättning Kön- och urinorgan Neuromuskuloskeletala, rörelserelaterade Hud	Lärande, kunskap Allmänna uppgifter o krav Kommunikation Förflyttning Personlig vård Hemliv Mellanmänniska interaktioner, relationer Viktiga livsområden Samhällsgemenskap, socialt- och medborgerligt liv	Produkter, teknik Naturmiljö, skapad miljö Personligt stöd, relationer Attityder Service och tjänster	

Länk till Rehabiliteringsplan: [Klicka här](#)

Länk till Lokal rutin för överrapportering inom centrala länsdelen: [Klicka här](#)

Framtagen av:

Ewa Wressle, FoU-samordnare, Eva Hallert, sjukgymnast, Annette Sverker, kurator, Kersti Samuelsson, arbetsterapeut, Ingrid Thyberg, arbetsterapeut. Lena Helander sjukgymnast.

Revisionshistorik:

Reviderad 2012-06 21
